



Name: _____ Vorname: _____ Geb. Datum: _____

Anschrift: _____

Aktuelle Rufnummer: _____

Zweck des Besuches: _____

- Termin mit:
- Ambulante Behandlung
- Stationäre Behandlung
- Besucher von Patient (Name, Vorname):
- Sonstiges:

Eintritt in die Klinik Datum: Uhrzeit:

Hiermit versichere ich, dass ich nicht an COVID-19 Symptomen (v.a. Fieber, Husten und Atemnot, Geschmacks- und Geruchsstörungen) leide in den **letzten 14 Tagen** keinen Kontakt zu einem Covid Betroffenen sowie keinen Auslandsaufenthalt in einem Risikogebiet hatte und ich nicht unter Quarantäne gestellt bin.

Zudem verpflichte ich mich folgende Verhaltensregeln einzuhalten:

- Mund-Nasen-Schutz im Krankenhaus
- Soziale Distanz mit Abstand 1,5 m
- Händewaschen / Händedesinfektion
- Kontaktminimierung

Unterschrift Patient / Besucher

Unterschrift Mitarbeiter

Ihre Daten werden gelöscht, sobald sie für ihre Erhebung nicht mehr erforderlich sind, spätestens jedoch nach 4 Wochen. Sie haben das Recht auf Auskunft über die bei uns gespeicherten Daten. Sie haben das Recht auf Berichtigung, Löschung und Einschränkung der Verarbeitung unter den in Art. 16 bis 18 DSGVO genannten Voraussetzungen. Ihnen steht ein Beschwerderecht bei der Aufsichtsbehörde zu.



Name:

Vorname:

Geb.-Dat:

Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass auch mit Einhaltung aller empfohlenen Vorsichts- bzw. Hygienemaßnahmen, das Risiko einer Infektion mit SARS-CoV-2 auch im Krankenhaus während einer ambulanten und stationären Behandlung, nicht gänzlich ausgeschlossen werden kann. Zur Minimierung von Infektionsrisiken haben wir für die Patienten folgende Verhaltensregeln erlassen:

- Sie tragen einen Mund-Nasen-Schutz im Krankenhaus
- Soziale Distanz mit Abstand 1,5 m
- Händewaschen/Händedesinfektion
- Kontaktminimierung
- In dieser Zeit halten Sie sich ausschließlich in Ihrem Zimmer auf

Mit der Befolgung dieser Verhaltensregeln erkläre ich mich einverstanden. Die zuvor gestellten Fragen habe ich wahrheitsgemäß beantwortet. Ich fühle mich über SARS-CoV-2 und die COVID-Erkrankung sowie Risiken in Bezug auf meinen Krankenhausaufenthalt ausreichend aufgeklärt.

Folgenden Punkte / Fragen wurden in dem Gespräch noch geklärt:

Diesbezüglich habe ich aktuelle keine weiteren Fragen.

Datum, Uhrzeit, Unterschrift Arzt

Datum, Uhrzeit, Unterschrift Patient



Patientenetikett

Name:
Vorname:
Geburtsdatum:

Ja	Nein	Krankheitssymptome in den letzten 14 Tagen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fieber > 38 ° C
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Husten
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kurzatmigkeit
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schnupfen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Halsschmerzen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Geruchs-/Geschmacksstörungen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Durchfall
Ja	Nein	Risikofaktoren COVID-Kontakt
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kontakt zu bestätigten COVID-Erkrankten wann: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aufenthalt in einem Risikogebiet (ausserhalb der BRD): wann: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kontakt zu Menschen in Corona-Quarantäne (inkl. Familienmitglied) wann: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wurde bei Ihnen ein Corona-Abstrich durchgeführt? wann: _____ Ergebnis: <input type="checkbox"/> negativ <input type="checkbox"/> positiv
Ja	Nein	Epidemiologische Risikofaktoren
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Arbeiten Sie in einem medizinischen/pflegerischen Beruf?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Waren Sie in den letzten 4 Wochen stationär in einem Krankenhaus/Reha-Einrichtung?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wohnen Sie in einem Alten-/Pflegeheim, einer Alters-WG, einer Massenunterkunft?

Datum, Uhrzeit, Unterschrift Patient

Datum, Uhrzeit, Unterschrift Arzt



Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Bereich:

	Ja	Nein
Fieber > 38°C		
Husten		
Durchfall		
Schnupfen		
Halsschmerzen		
Geruchs-/Geschmackstörungen		

Datum, Uhrzeit, Unterschrift Mitarbeiter/Patient:

SARS-CoV-2 Test durchgeführt als:

Ergebnis: Positiv

Schnelltest PCR Test

Negativ

Quarantäneanordnung

Datum, Uhrzeit, Unterschrift des Testers
